Commission on the Future of Health Care in Canada

Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada

ISSUE/SURVEY PAPER

Health Human Resources in Canada's healthcare system

JULY 2002

This paper is one of a series of nine public issue/survey papers designed to help Canadians make informed decisions about the future of Canada's healthcare system. Each of these research-based papers explores three potential courses of action to address key healthcare challenges. Canada may choose to pursue some, none, or all of these courses of action; in addition, many other options are available but not described here. These research highlights were prepared for the Commission on the Future of Health Care in Canada, by the Canadian Health Services Research Foundation.

Thank you for your interest in shaping the future of Canada's healthcare system.

This issue/survey paper on health human resources in Canada's healthcare system is one of a series of nine such documents the Commission on the Future of Health Care in Canada has developed in partnership with the Canadian Health Services Research Foundation. They were designed to enable Canadians to be better informed about some of the key challenges confronting their health care system and to express their preferences on proposed solutions. We have worked hard to summarize relevant, factual information and to make it as balanced and accessible as possible.

Each of our nine documents follows an identical format. We begin by briefly summarizing a particular health issue. Next, we identify three possible courses of action to address the issue and their respective pros and cons. Last, we ask you to complete a brief survey relating to the courses of action.

To make it easier to provide us with your responses, the survey questions are included on the final pages of this document. Please detach and forward these pages to us by fax at: (613) 992-3782, or by mail at:

Commission on the Future of Health Care in Canada
81 Metcalfe, Suite 800
Ottawa, Ontario
Canada K1P 6K7

You can also complete the survey on-line through our interactive website at: www.healthcarecommission.ca.

There are no "right" or "wrong" answers, and the results are intended to be informational only. They are designed to illustrate how each person's response fits within the context of others who have responded, not to have scientific validity in and of themselves. The survey results are only one of many ways the Commission is studying and analyzing this issue. To order other titles in this series, please write to us at the address above, or call 1-800-793-6161. Other titles include:

- Homecare in Canada
- Pharmacare in Canada
- Access to healthcare in Canada
- Sustainability of Canada's healthcare system
- Consumer choice in Canada's healthcare system
- The Canada Health Act
- Globalization and Canada's healthcare system
- Medically necessary care: what is it, and who decides?

We are grateful for your contribution to shaping Canada's healthcare system and hope that this document will be as informative to you, as we know your survey responses will be valuable to us.

Sincerely,

Roy Romanow

Roy Romanow

Human resources in Canada's healthcare system

Two years ago, Halifax's Capital District Health Authority announced that it urgently needed 175 more nurses to meet the demands in its hospitals. It also cancelled a successful liver-transplant program because there were no surgeons to do the operations. Similar tales are heard across the country.

Staffing Canada's healthcare system has become a huge concern for healthcare managers and policy makers, who recently named human resources as their biggest challenge over the next few years. And it's not just a question of having a lot of people to work in the healthcare system; it's also about making sure healthcare workers are well-distributed through the provinces and among urban, rural and remote areas. Nor are the concerns limited to nurses and doctors. There are many jobs in healthcare going unfilled, from positions in medical laboratories and rehabilitation centres to the posts responsible for running cancer treatment machines.

How to deal with what some call a human-resources "crisis" is much discussed. Some feel more money for educating and hiring would solve the problem. Others argue we actually don't need more people — we instead need to re-think how we deliver healthcare.

This paper addresses whether:

I. Government should invest in increasing the number of doctors and nurses working in Canada;

II. Governments and healthcare employers should change laws, regulations and employment agreements to better match healthcare practitioners' jobs to their training;

III. Governments should use financial incentives to better distribute healthcare practitioners between and within provinces.

Increasing the number of doctors and nurses

Across Canada, the numbers don't look good. The Ontario Medical Association says that almost one million Ontarians don't have timely access to physician care and claims that number could jump to two million by 2010. Similarly, the report of the Alberta Premier's Advisory Council on Health in 2001 noted that Alberta needed 333 more full-time doctors and estimated they'd need another 1,329 within four years — a 29 percent jump.

In 2000, the number of registered nurses employed in nursing per 10,000 Canadians rose slightly, from 74.6 in 1999 to 75.4 in 2000. But numbers were still lower than they were in the early 1990s.

There are many reasons for these discouraging numbers: both the physician and the nursing workforce are aging, training takes longer, healthcare workers are retiring earlier than they did 30 years ago, and there doesn't seem to be enough new graduates to take their place.

Course of Action: Government should invest in increasing the number of doctors and nurses working in Canada.

In the 1960s, the federal government felt that Canada's 12 medical schools and their 800 graduates each year wouldn't be enough to care for our growing population, so four new medical schools were opened. By 1969, the number of physicians graduating each year doubled to 1,600.

A major study in the early 1990s concluded we had too many physicians, and recommended cutting the number of medical students by 10 percent. However, those cuts were supposed to be just part of major changes to how we used physicians and how the health system is organized. Few of these other changes were made; as a result, the plan is widely believed to have led to a shortage of doctors, although new research suggests other factors, including retirements, fewer immigrant doctors and medical graduates taking more training instead of starting to practice, all contributed to the decline in the number of working physicians.

The number of nurses has also dropped over the years. Nearly 10 percent of new nursing graduates left to work in the U.S. between 1995 and 1997. The number of registered nurses working full-time in Canada dropped 8.5 percent between 1990 and 1997 (except for Quebec, where numbers weren't available). After severe cuts to hospital budgets in the mid 1990s made jobs hard to come by, enrolment dropped dramatically in nursing schools and more graduates went looking for work outside the country. Nurses have also been taking more training than before, due to increasing educational requirements.

Steps have already been taken to increase the number of doctors and nurses graduating in Canada — schools across the country are admitting more students, and a new medical school (focused on producing doctors willing to work outside of big cities) will open in Northern Ontario in 2004.

The first thing we need to do is settle on what the "right" number of caregivers is — some say we don't need more, we just need to use the ones we have more efficiently. If there's a consensus that we do need more doctors and nurses, we could encourage students to study healthcare through easier student loans and programs to attract Canadians from minority groups.

Short-term efforts could include recruiting physicians and nurses from other countries — although this is often seen as poaching graduates desperately needed in their own countries. Efforts could also be made to repatriate Canadian health professionals who have moved away.

Money, full-time positions, working conditions, support services, and many other factors would need to be incorporated into healthcare policies with the aim of recruiting, retaining and repatriating doctors and nurses.

ARGUMENTS FOR

Compared to most industrialized countries, we don't have many doctors and nurses. When measured against other members of the Organization for Economic Cooperation Development, the ratios of how many doctors and nurses we have per 1,000 people is low. In 1999, we only had 2.1 doctors per 1,000 people, which is one-third below the OECD average of 3.0. As for nurses, the ratio increased in most countries in the 1990s, but decreased in Canada after 1992.

More health professionals would reduce stress overall. Many doctors and nurses work long hours and often suffer because of it: an average of 8.4 percent of full-time nurses are off work because of an illness or disability on any given day, roughly twice as high as other healthcare workers, and many doctors in rural areas burn out because they don't have enough colleagues to share long hours on call. If there were more doctors and nurses overall, the lifestyle might be easier and more attractive.

More workers would allow doctors and nurses to work the hours they want. Many doctors and nurses work excessive hours. Hiring more doctors and nurses will allow these men and women to work more manageable, flexible hours. As the system stands, excessive illness is a significant problem: an average of 8.4 percent of full-time nurses don't work because of an illness or disability, roughly twice as high as other healthcare workers. Some of the reasons for this are greater psychological demand, overtime, and lower job satisfaction. Many doctors in rural areas have also burned out because of a lack of doctors to help cover long on-call hours.

Some strategies for increasing the numbers will also lead to better working conditions for nurses. In trying to attract new recruits and repatriate qualified but non-practicing nurses, we'd be trying to improve nurses' worklife. Issues like job security, workplace safety, support from colleagues, control over scheduling and recognition could be addressed in trying to make their workplace more attractive.

ARGUMENTS AGAINST

There is no cut-and-dried evidence that increasing the number of doctors and nurses is the way to meet Canadians' health needs. Many studies that proclaim staff shortages point to a decline in the supply of nurses and doctors, instead of figuring out how many we need based on how healthy Canadians are. The system's ability to treat the population doesn't hinge only on how many workers there are.

It would be expensive. In a system that is already strained to meet costs, we can't easily afford new physicians and nurses.

Increasing the numbers won't solve distribution problems. Putting more people through school doesn't necessarily translate into more staff in under-serviced areas. Money needs to be spent on education and training that would encourage people to work in rural and remote areas.

New models of care would allow us to meet current needs without greatly increasing the number of people we train. For instance, when nurse practitioners work with family physicians, the practice can take on from 25 to 50 percent more patients; it's estimated that between 20 and 32 percent of general practitioner jobs could become nurse practitioner jobs. Similarly, licensed practical nurses, nursing assistants and various therapists and technicians could do parts of registered nurses' jobs.

Physician "brain drain" isn't as bad as we think. The number of doctors we are losing to other countries has been decreasing in recent years, especially when the number of Canadian doctors returning to Canada is factored in. In 2000, the net loss was 164, down from a high of 508 in 1996. Added to that, we gained 335 doctors as landed immigrants.

SURVEY QUESTIONS

Please refer to page 11 for the survey questions for this section.

Changing job descriptions

There has been little change over the years in how care is given and by whom. Senator Wilbert Keon — CEO of the Ottawa Heart Institute — once said that we have too many doctors doing what nurses should be doing. We have too many nurses doing what nursing assistants should be doing. We have too many technicians doing what clerks and administrators should be doing.

There are more than 30 "regulated" health professions in Canada, ranging from physicians and nurses to massage therapists and chiropodists. Each specializes in a certain area, although skills and roles vary across the country and often overlap. A nurse, chiropractor and physical therapist may each work with patients who have bad backs; psychologists do some of the work of psychiatrists. Nurse practitioners — who have extra training to diagnose minor illnesses, monitor stable chronic illnesses, request selected tests and write certain prescriptions — can free up doctors to provide care to more seriously ill patients.

So why aren't we making sure that people are being used as cost-effectively as possible, that doctors, for example, don't spend so much of their time doing what nurse practitioners can do? Partly it's because there's been little work done on how to mix and match skills effectively; no one has defined when it would be better to let a nurse practitioner treat a patient with a bad back or to have a psychologist rather than a psychiatrist care for someone who is mentally ill.

There are also legal problems. "Regulated" healthcare workers operate under licence, and the nature of licensing is to restrict certain professions to doing certain kinds of work. Tensions within and among healthcare professions about who does what — few want to give up tasks that have been almost exclusively theirs — have slowed change, as have long-standing union contracts that restrict who can do what.

Quebec has been the most successful of all the provinces in encouraging the professions to work together to give primary healthcare. Twenty percent of its family physicians work in community health centres (called CLSCs) that have many different health professionals and offer a range of health services.

Course of Action: Governments and healthcare employers should change laws, regulations and employment agreements to better match healthcare practitioners' jobs to their training.

Changing job parameters and the laws around them can be done: Quebec has proposed legislation that would affect up to 120,000 workers in 11 health service professions, including nurses, auxiliary nurses, pharmacists, physiotherapists and radiology technicians. Among other redefining of roles, it would allow doctors and nurses to share more duties in areas such as surgery, cardiology, and intensive care for newborns. The outcome looks promising — the Quebec College of Physicians has given the nod to the bill.

The most common focus for this kind of reform is primary care — the everyday healthcare now usually given by individual doctors in private offices. By sharing their tasks with a whole range of health professionals, from nurses to dieticians to psychologists, family doctors could become members of networks of care operating 24 hours a day, which would reduce the strain on them as individuals and likely on the overall system as well — there would be less demand on emergency rooms, for example, if a nurse practitioner were on call in the patient's regular clinic.

But it wouldn't have to stop there. Throughout the healthcare system, job descriptions would be constructed around what a professional can do as opposed to what they are allowed to do. Skill sets could be matched to practices and people would be more flexible in the kind of work they are able to

do. Some people could be cross-trained to perform procedures and functions in two or more disciplines. An example of these multi-skilled workers is an X-ray technician who is also trained to do ultrasounds.

The Family Health Network practice model in Ontario and the CLSC model in Quebec could be used to encourage doctors to join other doctors and health professionals in teams to provide more accessible care to their patients with an emphasis on prevention and comprehensive care.

ARGUMENTS FOR

Allowing more people to perform a wider range of services will improve access to healthcare and help solve staff shortages. Having healthcare personnel do a wider range of tasks should mean it's easier to ensure all necessary services can be provided, especially in under-served areas.

Changing regulations to allow nurse practitioners to use all their skills could increase cost-effectiveness in the system. Because doctors are the highest paid of all healthcare workers, having them perform tasks that nurse practitioners (or others) could do is one of the least efficient uses of money. Studies show that patients are more satisfied with consultations with nurse practitioners than doctors, and that seeing a doctor (instead of a nurse practitioner) doesn't lead to better health.

Provinces are already starting to move in this direction. Ontario, British Columbia and Alberta have all changed their laws so that only certain tasks require licences, not entire jobs. This means that a wider variety of people can do particular tasks (in some cases, the licence holder only has to supervise someone doing that task).

ARGUMENTS AGAINST

Healthcare professionals worry it will undermine their work. Healthcare workers are dedicated and well-educated professionals, and many resist suggestions their work could be done as well by others. Many professional associations, indeed, have been gradually increasing the educational credentials needed to practice, rather than trying to broaden them. Doctors' associations don't want to see the need for physicians reduced and similarly, registered nurses try to limit the tasks their less-trained colleagues are allowed to perform.

Doctors could lose money. If doctors continue to be paid according to how many patients they treat, and the simpler, faster cases are taken on by nurse practitioners, then doctors could lose money because they will spend most of their time on longer, more complicated cases.

If we end up with two or three different professions performing the same work, they may all expect to receive the same pay. This could lead to higher costs.

To re-organize the workforce in this way would actually require an investment in re-training. Nurse practitioners, for example, have education over and above the basic nursing degree; broadening the scope of what other professionals are trained to do might cost a lot of money.

SURVEY QUESTIONS

Please refer to page 11 for the survey questions for this section.

Distribution of healthcare workers

Despite the Canada Health Act's promise of universal accessibility, healthcare is actually very unevenly distributed across the country. Physicians, recruited and trained in cities, don't want to work in small towns; expensive equipment and facilities are concentrated in high-population urban areas and other services are spread thinly in rural and remote parts of the country. Canada must find a way to ensure more even distribution of healthcare providers from province to province, and within each province, across urban, rural, and remote areas.

Course of Action: Governments should use financial incentives to better distribute healthcare practitioners between and within provinces.

The ratio of doctors and nurses to the population varies widely across the country. In 2000, there was an average of 94 family doctors for every 100,000 Canadians, but that number doesn't come close to giving a realistic picture — in some places there are more than 140 doctors per 100,000 Canadians, while in others there are less than 70 per 100,000. Another statist. may illustrate the problem a little better: one-third of Canadians live in rural areas, but only 18.6 percent of family doctors and 3.8 percent of specialists work in them.

For nurses, there was an overall average of 754 nurses per 100,000 Canadians in 2000 (down from 803 in 1994), with a low of 333 in Nunavut, and a high of 1027 in the Northwest Territories. Distribution is uneven within provinces as well. And there's an ongoing problem of poaching — big hospitals in big provinces can often offer salaries and bonuses that, combined with the appeal of living in a big city surrounded by high-tech equipment and lots of colleagues, will lure doctors and nurses alike away from rural practice.

Canada could set up a nation-wide healthcare human resources strategy with national salary scales, adjusted for the higher cost of living in certain areas. This could reduce competition between the provinces for healthcare staff and help distribute professionals more equally across the country.

Financial incentives — which could be offered to practitioners before and after graduation — might also improve distribution. They can include subsidized incomes or guaranteed minimum income contracts; special salaries, grants or bonuses tied to service in remote areas; travel allowances; money to help set up offices; paid vacations and extra pay for living in isolated places. A mix of incentives would have to be used, depending on where we need healthcare practitioners to go — either to rural and remote areas, or to an under-served province. It's also possible, of course, to use money to discourage certain behaviour — in 1982, Quebec started paying doctors 30 percent less if they worked in an urban area in the three years after they finished medical school.

ARGUMENTS FOR

Financial incentives have worked in some circumstances. Alberta is drawing nurses and doctors from Saskatchewan and Manitoba by paying them more. The National Health Service Corps in the U.S. showed that financial incentives work in the recruitment of physicians to under-served areas — about 45 percent of the doctors who received financial incentives from the National Health Service Corps worked in under-served areas, compared to 13 percent of those who did not receive financial incentives.

A national strategy would help eliminate inter-provincial "poaching" of staff. If everyone was paid the same, poorer provinces would not have as hard a time competing for health professionals.

Financial incentives aimed at students who grew up in rural areas should work. Research shows that growing up in a rural community has great influence on whether a doctor chooses to practice in a rural community, but the number of medical students from rural areas is less than half what it should be as a proportion of the overall population. The situation is similar with aboriginal students. While as many as 50 percent of Canada's aboriginal doctors are involved in the chronically short-staffed area of aboriginal healthcare they make up less than one-sixth of what would be expected in the population of medical schools.

In some cases, putting physicians on salary could increase the number of doctors willing to practice in rural and remote areas. In areas where there are very few patients, changing how a physician is paid — from fees, where they are paid a set amount for every service provided, to a salary — can allow more than one doctor to serve a small community, relieving the burden of on-call work and increasing the sense of professional support.

ARGUMENTS AGAINST

Financial factors are a low priority for most doctors when they decide where to locate. Background, family considerations, professional support, workload and quality of life are all more important to doctors when they are looking for work.

Financial incentives have been used for decades and we still have a major distribution problem. In Ontario, grants and bursaries offered to nurses provided only short-term fixes to staffing problems. High-quality work environments have been shown to be more successful in attracting and holding onto staff than money.

Retention, not recruitment, is the real problem. The Ontario Underserviced Area Program offered extra money to doctors to work in isolated areas, but they usually left after the grant ran out. Workloads and inferior working conditions are the reasons doctors give for leaving rural areas, not the pay. We need strategies to improve life at work and away from it if we want people to work in rural areas.

Financial incentives will put poorer provinces at a disadvantage. Unless the incentives come from a national fund, poorer provinces will be unable to keep up with the financial incentives that richer provinces can offer.

Investment in telemedicine may be more effective in improving access to medical care in rural and remote areas. It can't replace personnel, but most research to date shows it to be effective for purposes of diagnosis, some treatment, consultation, and the sharing of health information. It would connect isolated communities to much of the expertise and information available in other areas.

SURVEY QUESTIONS

Please refer to page 12 for the survey questions for this section.

Acknowledgements

This document was produced by the Canadian Health Services Research Foundation, in partnership with the Commission on the Future of Health Care in Canada. The topics and courses of action reflect key issues raised frequently in the Commission's consultations to date, for which the Foundation was able to find relevant research evidence to help inform the debate.

This document has been reviewed by the following experts for accuracy and fairness, but final responsibility lies with the Canadian Health Services Research Foundation:

Cathy Fooks
Director of the Health Network
Canadian Policy Research Networks

Owen Adams
Assistant Secretary General, Research Policy and Planning
Canadian Medical Association

Alba Dicenso
Professor, School of Nursing
McMaster University

A complete bibliography of the research used to prepare these documents can be found at www.healthcarecommission.ca.

SURVEY INSTRUCTIONS

Please detach the following pages and forward to us by fax at:
(613) 992-3782

Or by mail at:
Commission on the Future of Health Care in Canada
81 Metcalfe, Suite 800
Ottawa, Ontario
Canada K1P 6K7

For information:
Call toll free at 1-800-793-6161
www.healthcarecommission.ca

Thank you

Survey Questions

Please indicate your opinion on each of the following questions by checking the appropriate response.

INCREASING THE NUMBER OF DOCTORS AND NURSES

	Strongly Agree	Agree	Neutral	Disagree	Strongly Disagree
1. Healthcare in Canada would improve if governments invested in increasing the number of doctors and nurses working in Canada.	❑	❑	❑	❑	❑
2. Governments should increase healthcare spending to increase the number of doctors and nurses working in Canada.	❑	❑	❑	❑	❑
3. It's more important to make better use of existing health professionals than to increase the number of new health professionals in Canada.	❑	❑	❑	❑	❑
4. Improving working conditions for health professionals is the most important way to keep them in Canada.	❑	❑	❑	❑	❑

CHANGING JOB DESCRIPTIONS

	Strongly Agree	Agree	Neutral	Disagree	Strongly Disagree
1. Healthcare in Canada would improve if governments and healthcare employers changed laws, regulations and employment agreements to better match healthcare practitioners' jobs to their training.	❑	❑	❑	❑	❑
2. Healthcare professionals should be allowed to provide all the care their training has prepared them to provide.	❑	❑	❑	❑	❑
3. I would be happy to receive care from a nurse instead of a doctor if that nurse has been fully trained to deal with my care.	❑	❑	❑	❑	❑
4. I would like my family doctor to work as part of a group practice where I would be taken care of by a range of health professionals, and have greater after-hours access to services.	❑	❑	❑	❑	❑

DISTRIBUTION OF HEALTHCARE WORKERS

	Strongly Agree	Agree	Neutral	Disagree	Strongly Disagree
1. Healthcare in Canada would improve if governments used financial incentives to better distribute healthcare practitioners between and within provinces.	❑	❑	❑	❑	❑
2. Governments should increase healthcare spending to provide financial incentives to better distribute healthcare practitioners between and within provinces.	❑	❑	❑	❑	❑
3. Canada should set national salary scales for health professionals, to reduce the competition between provinces for health professionals.	❑	❑	❑	❑	❑
4. Canada should focus on improving some of the factors that make working in rural and remote areas more difficult and less appealing to health practitioners.	❑	❑	❑	❑	❑

ANALYSIS INFORMATION

Please complete the following information for analysis purposes. Thank you.

Gender: ❑ Male ❑ Female

Age: ❑ under 18 ❑ 19-29 ❑ 30-49 ❑ 50-65 ❑ over 65

Province or Territory in which you reside: _____

Continued ...

Your annual household income from all sources before taxes is: (Optional)

Choose one:

❑ Less than $20000

❑ $20000 to $39999

❑ $40000 to $59000

❑ $60000 to $79000

❑ $80000 to $99000

❑ More than $100K

The highest level of schooling you have completed is: (Optional)

Choose one:

❑ Elementary School or less

❑ Secondary School

❑ Community College/CEGEP/Trade School

❑ Prof./Trade Certification

❑ Bachelor Degree

❑ Graduate Degree

Are you a healthcare professional? (Optional)

❑ Yes ❑ No

Approximately how many times in the last year have you personally used the healthcare system? (eg. seen a doctor or specialist, spent time in the hospital, received care in a hospital emergency room, etc.) (Optional)

Choose one:

❑ 0-3

❑ 4-6

❑ 7-9

❑ More than 10

Commission on the Future
of Health Care in Canada
81 Metcalfe, Suite 800
Ottawa, Ontario
Canada K1P 6K7
Toll-Free 1-800-793-6161
www.healthcarecommission.ca

Commission sur
l'avenir des soins de santé
au Canada

Commission on the
Future of Health Care
in Canada

DOCUMENT D'INFORMATION / DE SONDAGE

Les ressources humaines dans le secteur de la santé au Canada

JUILLET 2002

Ce document fait partie d'une série de neuf documents d'information/de sondage conçus pour aider les Canadiens à prendre des décisions éclairées sur l'avenir du système de santé du Canada. Chacun de ces documents explore trois plans d'action pour faire face à d'importants défis en soins de santé. Le Canada peut choisir quelques-uns de ces plans d'action, comme il peut les adopter tous ou n'en retenir aucun. De nombreuses autres options sont aussi possibles, mais elles ne sont pas abordées ici. Ces points saillants de recherche ont été préparés pour la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

Merci de l'intérêt que vous portez à l'avenir du système de soins de santé au Canada.

Ce document d'information/de sondage sur les ressources humaines dans le système de soins de santé au Canada, qui vise à la fois à donner et à recueillir de l'information, fait partie d'une série de neuf documents que la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada a préparés en collaboration avec la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Tous ont été conçus de façon à permettre aux Canadiens d'être mieux renseignés sur quelques-uns des principaux défis à relever concernant le système de soins de santé et d'exprimer leurs préférences parmi les solutions proposées. Nous nous sommes efforcés de résumer les faits les plus pertinents tout en veillant à maintenir l'équilibre et l'accessibilité de l'information.

Les neuf documents se présentent tous de la même façon. Nous donnons d'abord un bref aperçu de la question à considérer. Nous proposons ensuite trois voies qu'il est possible de suivre, en précisant les avantages et les inconvénients. Enfin, nous vous demandons de répondre au bref questionnaire.

Pour vous simplifier la tâche, les questions de sondage se trouvent à la fin du document. Veuillez détacher la ou les pages et les envoyer par télécopie au numéro 1-613-992-3782, ou par la poste à l'adresse suivante :

Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada
81, rue Metcalfe, bureau 800
Ottawa (Ontario)
Canada K1P 6K7

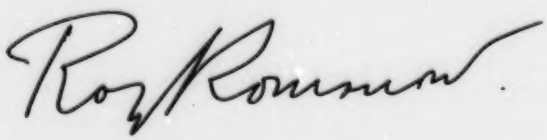
Vous pouvez aussi participer au sondage en ligne au moyen de notre site Web interactif à l'adresse suivante : www.commissionsoinsdesante.ca

Il n'y a ni « bonne » ni « mauvaise » réponse et les résultats ne seront utilisés qu'à titre informatif. Ils permettront de voir comment les réponses des participants s'intègrent dans le contexte global de toutes les réponses reçues, et il ne leur sera attribué aucune valeur scientifique propre. Ces résultats ne seront que l'une des nombreuses sources d'information utilisées par la Commission dans son étude et son analyse du problème. Pour recevoir les autres titres de la série, veuillez nous écrire à l'adresse ci-dessus ou téléphoner au 1-800-793-6161. Voici la liste des autres titres :

- Les soins à domicile au Canada
- L'accès aux soins de santé au Canada
- L'assurance-médicaments au Canada
- Le choix des consommateurs dans le système des soins de santé au Canada
- La Loi canadienne sur la santé
- La viabilité du système de soins de santé au Canada
- La mondialisation et le système de soins de santé au Canada
- Les interventions médicalement nécessaires : quelles sont-elles et qui décide?

Nous vous remercions de votre contribution à l'avenir du système de soins de santé au Canada et nous espérons que ce document vous sera tout aussi utile que vos réponses le seront pour nous.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.



Roy Romanow

Les ressources humaines dans le secteur de la santé au Canada

Il y a deux ans, la Régie de la santé du District de la capitale de Halifax a annoncé qu'il lui fallait de toute urgence 175 infirmières supplémentaires pour répondre à la demande dans ses hôpitaux. Par manque de chirurgiens, elle a aussi annulé un programme de transplantation de foie qui connaissait un franc succès. Le même phénomène se répète d'un bout à l'autre du Canada.

Les effectifs du système de santé du Canada sont devenus un énorme problème pour les gestionnaires et les responsables de politiques qui ont récemment identifié les ressources humaines comme étant leur plus grand défi des prochaines années. Il ne s'agit pas uniquement d'une question de nombre : il faut également s'assurer que les travailleurs de la santé soient bien répartis dans les provinces et entre les régions urbaines, rurales et éloignées. Les infirmières et les médecins ne sont pas les seuls sujets de préoccupation. Beaucoup d'emplois dans le secteur de la santé demeurent vacants, que ce soit des postes dans des laboratoires médicaux et des centres de réadaptation, ou des postes d'opérateurs d'appareils pour le traitement du cancer.

La façon de s'attaquer à ce qui, pour certains, constitue une « crise » des ressources humaines génère beaucoup de discussions. Certains croient qu'il faudrait investir davantage dans l'éducation et l'embauche pour régler le problème. D'autres soutiennent qu'en réalité, nous n'avons pas besoin de plus de travailleurs — nous devons plutôt repenser nos modes de prestation des soins de santé.

Dans ce document, nous analysons si :

I. Le gouvernement devrait investir pour augmenter le nombre de médecins, d'infirmières et d'infirmiers au Canada;

II. Les gouvernements et les employeurs du secteur de la santé devraient modifier les lois, les règlements et les contrats d'emploi afin de mieux ajuster les tâches des praticiens de la santé à leur formation;

III. Les gouvernements devraient recourir à des incitations financières pour mieux répartir les praticiens de la santé entre les provinces et à l'intérieur de celles-ci.

Augmenter les effectifs médicaux et infirmiers

Les statistiques n'annoncent rien de bon au Canada. L'Association médicale de l'Ontario affirme, par exemple, que près d'un million d'Ontariens n'ont pas accès aux soins médicaux en temps opportun et que ce nombre pourrait grimper à deux millions d'ici 2010. De même, le Conseil consultatif sur la santé du premier ministre de l'Alberta signalait dans son rapport de 2001 que l'Alberta avait besoin de 333 médecins à plein temps de plus et qu'il lui en faudrait 1 329 supplémentaires au cours des quatre prochaines années — ce qui représente un bond de 29 %.

En 2000, le nombre d'infirmières diplômées oeuvrant dans le milieu des soins infirmiers a légèrement augmenté, passant de 74,6 par 10 000 Canadiens en 1999 à 75,4 en 2000. Cependant, ce nombre reste encore inférieur à celui du début des années 90.

Ces chiffres semblent grimper en flèche pour de nombreuses raisons. Les effectifs médicaux et infirmiers vieillissent, la formation dure plus longtemps, les travailleurs de la santé prennent leur retraite plus tôt qu'il y a 30 ans et il ne semble pas y avoir suffisamment de nouveaux diplômés pour les remplacer.

Plan d'action : Le gouvernement devrait investir pour augmenter le nombre de médecins, d'infirmières et d'infirmiers au Canada.

Au cours des années 60, le gouvernement fédéral était d'avis que les 12 facultés de médecine du Canada et leurs 800 diplômés par année ne suffiraient pas pour s'occuper d'une population en pleine croissance : quatre nouvelles facultés de médecine ont donc ouvert leurs portes. En 1969, le nombre de nouveaux médecins doublait pour passer à 1 600 par année.

À la suite d'une étude d'envergure réalisée au début des années 90, on a conclu que nous avions trop de médecins et recommandé de réduire de 10 % le nombre d'étudiants en médecine. Ces réductions devaient toutefois être accompagnées de changements majeurs dans notre façon de recourir aux médecins et dans l'organisation du système de santé. Peu des autres changements ont été apportés. On a donc déduit que le plan est à l'origine de la pénurie de médecins, même si de nouvelles recherches indiquent que d'autres facteurs ont contribué à faire baisser le nombre de médecins actifs, y compris les départs à la retraite, la diminution du nombre des médecins immigrants et les diplômés en médecine qui poursuivent leur formation au lieu de commencer à pratiquer plus tôt.

Le nombre d'infirmières a aussi diminué au fil des ans. Entre 1995 et 1997, presque 10 % des nouvelles infirmières sont parties travailler aux États-Unis. Le nombre d'infirmières diplômées travaillant à plein temps au Canada a diminué de 8,5 % entre 1990 et 1997 (sauf au Québec où l'on ne disposait pas de statistiques). Les lourdes compressions budgétaires imposées aux hôpitaux au milieu des années 90 ont raréfié les postes, l'inscription dans les écoles d'infirmières a dégringolé de façon spectaculaire et plus de diplômées sont parties travailler à l'étranger. Afin de satisfaire aux exigences croissantes d'éducation, les infirmières ont passé plus de temps qu'auparavant en formation.

Des mesures ont déjà été prises pour augmenter le nombre de médecins et d'infirmières diplômés au Canada — les facultés admettent plus d'étudiants et une nouvelle faculté de médecine (visant à former des médecins disposés à travailler à l'extérieur des grandes villes) ouvrira ses portes dans le nord de l'Ontario en 2004.

Il faut d'abord nous entendre sur ce qu'est le « bon » nombre de soignants — certains affirment que nous en avons assez et qu'il suffit d'utiliser avec plus d'efficience ceux que nous avons déjà. Si l'on reconnaît que plus de médecins et d'infirmières sont nécessaires, nous devrions encourager les étudiants à s'orienter dans les soins de santé en facilitant l'accès aux prêts étudiants et élaborer des programmes d'incitations à l'intention des groupes minoritaires du Canada.

À court terme, on pourrait recruter des médecins et des infirmières à l'étranger — même si l'on considère souvent que c'est « braconner » des diplômés dans des pays qui en ont déjà désespérément besoin. On pourrait aussi essayer de rapatrier les professionnels de la santé canadiens installés à l'étranger.

Il faudrait intégrer des facteurs comme l'argent, des postes à plein temps, des conditions de travail, des services de soutien et beaucoup d'autres dans les politiques sur les soins de santé afin de recruter, de garder et de rapatrier des médecins et des infirmières.

ARGUMENTS FAVORABLES

Comparativement à la plupart des pays industrialisés, nos effectifs ne sont pas nombreux. Comparés aux autres membres de l'Organisation de coopération et de développement économique, nos ratios médecins et infirmières par 1 000 habitants sont bas. En 1999, nous comptions seulement 2,1 médecins pour 1 000 habitants, soit le tiers de moins que la moyenne de l'OCDE qui est de 3,0. Dans le cas des infirmières, le ratio a augmenté dans la plupart des pays au cours des années 90, mais il a diminué au Canada après 1992.

L'augmentation du nombre de professionnels réduirait le stress général. Beaucoup de médecins et d'infirmières travaillent de longues heures et en souffrent souvent : chaque jour, environ 8,4 % des infirmières à plein temps sont absentes du travail pour cause de maladie ou d'incapacité, ce qui est à peu près deux fois plus que les autres travailleurs de la santé. Beaucoup de médecins en régions rurales s'épuisent, car ils n'ont pas suffisamment de collègues avec qui partager de longues heures de garde. S'il y avait plus de médecins et d'infirmières dans l'ensemble, leur qualité de vie pourrait s'améliorer et devenir plus attrayante.

Plus de travailleurs permettraient aux docteurs et aux infirmières de travailler les heures qu'ils veulent. Bien des docteurs et des infirmières travaillent de trop longues heures. Engager plus de personnel leur permettrait de travailler des heures plus flexibles et gérables. Dans l'état actuel des choses, le nombre excessif pose un problème : environ 8,4 % des infirmières à plein temps sont absentes du travail pour cause de maladie ou d'incapacité, ce qui est à peu près deux fois plus que les autres travailleurs de la santé. Cette situation est causée entre autres par une demande psychologique en hausse, les heures supplémentaires et une moins grande satisfaction au travail. Beaucoup de médecins en régions rurales s'épuisent, car ils n'ont pas suffisamment de collègues avec qui partager de longues heures de garde.

Certaines stratégies visant à augmenter les effectifs pourraient résulter en de meilleures conditions de travail pour les infirmières. En essayant d'attirer de nouvelles recrues et en rapatriant les infirmières qualifiées qui ne pratiquent pas, il serait possible d'améliorer les conditions de travail des infirmières. Des questions comme la sécurité d'emploi, la sécurité au travail, l'appui des collègues, le contrôle de ses horaires et la reconnaissance pourraient être abordées afin de rendre les conditions de travail plus attrayantes.

ARGUMENTS DÉFAVORABLES

Rien ne prouve clairement que l'augmentation des effectifs médicaux et infirmiers permettra de répondre aux besoins de la population canadienne dans le domaine de la santé. Plusieurs études dans lesquelles on proclame qu'il y a des pénuries de personnel signalent une baisse de l'offre d'infirmières et de médecins au lieu de déterminer combien il en faut en fonction de l'état de santé des Canadiens. La capacité du système de traiter la population ne repose pas seulement sur le nombre de travailleurs.

Cela coûterait cher. Dans un système qui a déjà de la difficulté à couvrir ses coûts, il est difficile de se donner les moyens de recruter plus de médecins et d'infirmières.

L'augmentation des effectifs ne réglera pas les problèmes de répartition. Former davantage de personnes n'entraînera pas nécessairement une augmentation des effectifs dans les régions mal desservies. Il faut investir dans l'éducation et la formation qui encourageront les personnes à travailler en régions rurales et éloignées.

De nouveaux modèles de soins permettraient de répondre aux besoins actuels sans augmenter considérablement le nombre de personnes formées. Une pratique où des infirmières praticiennes travaillent avec des médecins de famille peut, par exemple, accueillir de 25 à 50 % de patients de plus. On estime que 20 à 32 % des tâches des omnipraticiens pourraient être confiées à des infirmières praticiennes. Les infirmières auxiliaires autorisées ainsi que divers thérapeutes et techniciens pourraient eux aussi se charger d'une partie des tâches des infirmières diplômées.

L'exode des médecins n'est pas aussi grave qu'on le croit. Le nombre de médecins que nous perdons au profit d'autres pays diminue depuis quelques années, surtout lorsqu'on tient compte du nombre de médecins canadiens qui reviennent au pays. En 2000, la perte nette s'est élevée à 164, une baisse par rapport au record de 508 en 1996. De plus, nous avons accueilli 335 médecins comme immigrants reçus.

QUESTIONS DU SONDAGE

Veuillez consulter la page 11 pour les questions du sondage portant sur cette section.

Changer les descriptions de tâches

Les modes d'administration des soins et par qui ils sont exécutés ont peu changé au fil des ans. Le sénateur Wilbert Keon — chef de la direction de l'Institut de cardiologie d'Ottawa — a déjà déclaré : « Nous avons trop de médecins qui font le travail d'une infirmière, trop d'infirmières qui font le travail d'une infirmière auxiliaire, et trop de techniciens qui font ce que devraient faire des commis et des administrateurs. »

Le Canada compte plus de 30 professions de la santé « réglementées », qui varient des médecins et des infirmières aux massothérapeutes et pédicures. Chacune est spécialisée, même si les compétences professionnelles et les rôles varient d'un bout à l'autre du pays et se chevauchent souvent. Un infirmier, un chiropraticien et un physiothérapeute peuvent travailler avec des patients qui ont des problèmes de dos. Les psychologues font une partie du travail des psychiatres. Les infirmières praticiennes, qui ont reçu une formation supplémentaire leur permettant de diagnostiquer des maladies bénignes, de surveiller des maladies chroniques stables, de commander certains examens et de rédiger certaines ordonnances, peuvent libérer les médecins afin de leur permettre de s'occuper de patients plus gravement malades.

Pourquoi donc ne pas utiliser les ressources de la façon la plus rentable possible pour que, par exemple, des médecins ne passent pas autant de temps à faire ce que des infirmières praticiennes peuvent faire? C'est en partie parce qu'on ne s'est pas beaucoup penché sur la façon de composer efficacement avec les compétences. Personne n'a précisé quand il serait préférable de laisser une infirmière praticienne traiter un patient qui a des problèmes de dos ou un psychologue plutôt qu'un psychiatre traiter un cas de maladie mentale.

Il y a aussi des problèmes légaux. Les travailleurs de la santé « réglementés » ont un permis d'exercice dont la nature consiste à restreindre certaines professions à certaines activités. Lorsqu'il s'agit de déterminer qui fait quoi, les tensions à l'intérieur des professions de la santé et entre elles ralentissent le changement — peu de professions veulent céder des tâches qui leur sont presque exclusives — tout comme les conventions collectives de longue date qui limitent qui peut faire quoi.

Le Québec a été la province qui a le mieux réussi à encourager les professions à collaborer dans le domaine des soins de première ligne. Ainsi, 20 % de ses médecins de famille travaillent dans des centres locaux de services communautaires (CLSC) en compagnie d'autres professionnels de la santé et offrent ainsi tout un éventail de services.

Plan d'action : Les gouvernements et les employeurs du secteur de la santé devraient modifier les lois, les règlements et les contrats d'emploi afin de mieux ajuster les tâches des praticiens de la santé à leur formation.

Il est possible de modifier les paramètres d'un emploi et les lois qui les régissent : le Québec a proposé une mesure législative qui toucherait jusqu'à 120 000 travailleurs de 11 professions de la santé, dont les infirmières, les infirmières auxiliaires, les pharmaciens, les physiothérapeutes et les techniciens en radiologie. La redéfinition des rôles permettrait notamment aux médecins et aux infirmières de partager davantage de fonctions dans des domaines comme la chirurgie, la cardiologie et les soins intensifs néonataux. Les résultats semblent prometteurs — le Collège des médecins du Québec a donné son assentiment à ce projet de loi.

Ces réformes visent surtout les soins de première ligne — soit les soins de santé quotidiens habituellement administrés en cabinet privé par un médecin. En partageant leurs tâches avec tout un éventail de professionnels de la santé variant des infirmières aux psychologues en passant par les diététistes, les médecins de famille pourraient adhérer à des réseaux de soins fonctionnant 24 heures sur 24. Ce partage réduirait ainsi les pressions qui leur sont imposées individuellement et, probablement, sur le système en général. La demande dans les services d'urgence diminuerait si, par exemple, une infirmière praticienne était de garde à la clinique régulière du patient.

On pourrait même aller plus loin. Dans tout le système de santé, les descriptions de tâches reposeraient sur ce qu'un professionnel peut faire plutôt que sur ce qu'il est autorisé à faire. On pourrait jumeler des compétences spécialisées aux pratiques et les gens auraient plus de souplesse dans le type de travail qu'ils peuvent effectuer. Certains recevraient une formation polyvalente afin d'exécuter des interventions et de s'acquitter de fonctions dans deux disciplines ou plus. Un technicien en radiologie qui a aussi reçu une formation en échographie est un exemple de ces travailleurs « polyvalents ».

Le Réseau Santé familiale de l'Ontario et les CLSC du Québec pourraient servir de modèles et ainsi encourager les médecins à se joindre à d'autres médecins et professionnels de la santé pour dispenser en équipe des soins plus accessibles à leurs patients, en mettant l'accent sur la prévention et les soins intégrés.

ARGUMENTS FAVORABLES

En permettant à plus de gens d'offrir un éventail élargi de services, on améliorera l'accès aux soins de santé et aidera à régler les pénuries d'employés. Laisser des travailleurs de la santé accomplir un plus vaste éventail de tâches signifie qu'il serait plus facile d'offrir tous les services nécessaires, surtout dans les régions mal desservies.

La modification des règlements afin de permettre aux infirmières praticiennes d'utiliser toutes leurs compétences spécialisées pourrait accroître la rentabilité du système. Comme les médecins sont les mieux rémunérés de tous les travailleurs de la santé, les laisser s'occuper de tâches que l'on pourrait confier aux infirmières praticiennes (ou à d'autres professionnels) est une des façons les moins efficientes d'utiliser les ressources financières. Des études montrent que les patients sont plus satisfaits lorsqu'ils consultent une infirmière praticienne plutôt qu'un médecin, et que consulter un médecin (plutôt qu'une infirmière praticienne) ne débouche pas sur un état de santé meilleur.

Les provinces commencent déjà à agir en ce sens. L'Ontario, la Colombie-Britannique et l'Alberta ont modifié leurs lois afin que seules certaines tâches exigent un permis, et non des emplois complets. Cela signifie qu'un plus vaste éventail de personnes peut se charger de certaines tâches particulières (dans certains cas, il suffit au titulaire du permis de superviser les personnes qui exécutent la tâche).

ARGUMENTS DÉFAVORABLES

Les professionnels de la santé craignent que cela mine leur travail. Les travailleurs de la santé sont des professionnels dévoués qui ont reçu une solide formation; plusieurs résistent lorsqu'on leur laisse entendre que quelqu'un d'autre pourrait faire le travail aussi bien qu'eux. De nombreuses associations professionnelles augmentent graduellement le niveau de formation nécessaire pour pratiquer au lieu d'essayer de l'élargir. Les associations de médecins ne veulent pas voir diminuer le besoin de médecins et les infirmières diplômées essaient également de limiter les tâches que l'on consent à confier à des collègues dont la formation est moins poussée.

Les médecins pourraient perdre de l'argent. S'ils continuent d'être rémunérés en fonction du nombre de patients qu'ils traitent, et si des infirmières praticiennes se chargent des cas plus rapides et plus simples, les médecins pourraient alors perdre de l'argent parce qu'ils consacreront la majeure partie de leur temps à des cas plus longs et plus compliqués.

Si nous nous retrouvons avec deux ou trois professions différentes qui font le même travail, elles pourraient toutes s'attendre à toucher la même rémunération. Ce qui pourrait faire augmenter les coûts.

Réorganiser ainsi les effectifs obligerait à investir dans le recyclage professionnel. Les infirmières praticiennes, par exemple, ont une formation plus poussée que celle qui débouche sur le diplôme d'infirmière de base. Il pourrait en coûter très cher pour élargir le champ d'application de la formation d'autres professionnels.

QUESTIONS DU SONDAGE

Veuillez consulter les pages 11 et 12 pour les questions du sondage portant sur cette section.

Répartir les travailleurs de la santé

Même si la Loi canadienne sur la santé promet une accessibilité universelle, la répartition des soins de santé est en fait très inégale au Canada. Les médecins recrutés et formés dans les grandes villes ne veulent pas travailler dans les petites. Les installations et le matériel onéreux sont concentrés dans les agglomérations urbaines très peuplées et les autres services sont éparpillés dans les régions rurales et éloignées. Le Canada doit trouver un moyen de répartir encore plus également les fournisseurs de soins de santé d'une province à l'autre et à l'intérieur de chaque province, de même qu'entre les régions urbaines, rurales et éloignées.

Plan d'action : Les gouvernements devraient recourir aux incitations financières pour mieux répartir les praticiens de la santé entre les provinces et à l'intérieur de celles-ci.

Le nombre de médecins et d'infirmières par habitant varie énormément d'un bout à l'autre du Canada. En 2000, on comptait en moyenne 94 médecins de famille pour 100 000 Canadiens, mais ce total est loin de présenter un tableau réaliste — à certains endroits, il y a plus de 140 médecins pour 100 000 habitants, contre moins de 70 ailleurs. Une autre statistique illustre un peu mieux le problème : le tiers de la population canadienne vit en milieu rural, où l'on ne trouve que 18,6 % des médecins de famille et 3,8 % des spécialistes.

On comptait en moyenne 754 infirmières pour 100 000 Canadiens en 2000 (contre 803 en 1994) : la fourchette s'étend d'un minimum de 333 au Nunavut à un maximum de 1 027 dans les Territoires du Nord-Ouest. La répartition est inégale même à l'intérieur des provinces. Sans oublier le problème constant du braconnage — les gros hôpitaux des grandes provinces peuvent souvent offrir des salaires et des primes qui, conjugués à l'attrait qu'exerce la vie dans une grande ville, entouré de matériel de haute technologie et d'une foule de collègues, détournent autant les médecins que les infirmières de la pratique en milieu rural.

Le Canada pourrait établir une stratégie pancanadienne de gestion des ressources humaines du secteur de la santé qui comprendrait des échelles de salaire nationales rajustées en fonction du coût de la vie plus élevé dans certaines régions. Ces mesures pourraient réduire la concurrence que se livrent les provinces pour attirer les travailleurs de la santé et aider à répartir les professionnels plus également d'un bout à l'autre du pays.

Les incitations financières — que l'on pourrait offrir aux praticiens avant et après la remise des diplômes — pourraient aussi améliorer la répartition. Ces incitations pourraient comprendre un revenu subventionné ou des contrats à revenu minimal garanti; des subventions, primes ou salaires spéciaux reliés au travail en région éloignée; des allocations de voyage; des subventions pour l'établissement de cabinets; des vacances payées et un supplément de revenu pour ceux qui vivent dans des endroits isolés. Il faudrait recourir à un assortiment d'incitations dépendamment de l'endroit où l'on aurait besoin de praticiens de la santé — que ce soit dans les régions rurales et éloignées ou dans une province mal desservie. Bien entendu, on peut aussi recourir à l'argent pour dissuader certains comportements : en 1982, le Québec a commencé à réduire de 30 % la rémunération des médecins s'ils travaillaient dans une région urbaine dans les trois ans suivant leur sortie de la faculté de médecine.

ARGUMENTS FAVORABLES

Les incitations financières ont produit des résultats dans certains cas. L'Alberta attire des infirmières et des médecins de la Saskatchewan et du Manitoba en les payant davantage. Le National Health Service Corps des États-Unis a montré que les incitations financières aident à recruter des médecins dans des régions mal desservies — environ 45 % des médecins qui ont reçu des incitations financières du National Health Service Corps ont travaillé dans des régions mal desservies, comparativement à 13 % de ceux qui n'en ont pas reçu.

Une stratégie nationale aiderait à éliminer le « braconnage » interprovincial. Si tous les professionnels de la santé touchaient le même salaire, les provinces plus pauvres n'auraient pas autant de difficulté à recruter des travailleurs.

Les incitations financières destinées aux étudiants qui ont grandi en milieu rural devraient donner des résultats. La recherche montre que le fait de grandir en milieu rural a beaucoup d'influence sur la décision d'un médecin de pratiquer dans cet environnement. Les étudiants en médecine originaires de régions rurales sont toutefois deux fois moins nombreux, compte tenu de la population globale. Les étudiants autochtones sont dans la même situation. Même si jusqu'à 50 % des médecins autochtones du Canada œuvrent dans le secteur des soins de santé autochtones où le manque de personnel est chronique, ils constituent moins du sixième de la population que les facultés de médecine devraient accueillir.

Dans certains cas, la salarisation des médecins pourrait augmenter le nombre de ceux qui sont disposés à pratiquer dans les régions rurales et éloignées. Dans les régions où il y a très peu de patients, le changement du mode de rémunération des médecins — la salarisation en remplacement de la rémunération à l'acte — pourrait permettre à plus d'un médecin de desservir une petite collectivité, ce qui allégerait le fardeau des périodes de garde et donnerait un plus grand sentiment d'appui professionnel.

ARGUMENTS DÉFAVORABLES

Pour la plupart des médecins, les facteurs financiers ne constituent pas une priorité dans le choix de leur établissement. Pour les médecins qui cherchent du travail, les antécédents, les considérations familiales, l'appui professionnel, la charge de travail et la qualité de vie sont tous des facteurs plus importants.

Cela fait des décennies qu'on a recours aux incitations financières et il existe toujours un problème important de répartition. En Ontario, les subventions et les bourses d'études offertes aux infirmières ont réglé les problèmes de dotation à court terme seulement. Les milieux de travail de grande qualité réussissent bien plus que l'argent à attirer du personnel et à le garder.

Le problème réel est le maintien des effectifs, non le recrutement. Le Programme des services aux régions insuffisamment desservies de l'Ontario a offert plus d'argent aux médecins pour travailler dans des régions isolées, mais ils partaient habituellement une fois la subvention terminée. Les médecins quittent les régions rurales à cause de la charge de travail et des conditions de travail moins attrayantes, et non à cause de l'argent. Nous devons envisager des stratégies en vue d'améliorer les conditions de travail et la qualité de vie en dehors du travail si nous voulons attirer des professionnels en région rurale.

Les incitations financières désavantageront les provinces pauvres. Sauf si les incitations financières proviennent d'un fonds national, les provinces pauvres ne pourront offrir les mêmes incitatifs que les provinces riches.

Investir dans la télémédecine pourrait être plus efficace pour améliorer l'accès aux soins de santé dans les régions rurales et éloignées. La télémédecine ne peut pas remplacer le personnel, mais la plupart des recherches à ce jour indiquent qu'elle reste efficace pour les diagnostics, pour quelques traitements, pour les consultations, et pour le partage de renseignements. Elle permettrait de relier les communautés isolées à la plupart des expertises et informations disponibles ailleurs.

QUESTIONS DU SONDAGE

Veuillez consulter la page 12 pour les questions du sondage portant sur cette section.

Remerciements

Ce document a été produit par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, en partenariat avec la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Les sujets et les plans d'action tiennent compte des questions clés qui ont été soulevées au cours des consultations que la Commission a tenues jusqu'ici et pour lesquelles la Fondation a pu trouver des conclusions de recherche pertinentes pour aider à éclairer le débat.

L'exactitude et l'impartialité du document ont été examinées par les experts suivants, mais la responsabilité finale incombe à la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé :

Cathy Fooks
Directrice, Réseau de la santé
Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques

Owen Adams
Secrétaire-général adjoint, Recherche en politiques et planification
Association médicale canadienne

Alba Dicenso
Professeure, École d'infirmières
Université McMaster

Une bibliographie complète de la recherche utilisée pour préparer ces documents se trouve à : www.commissionsoinsdesante.ca.

INSTRUCTIONS DU SONDAGE

Veuillez détacher les pages suivantes et nous les envoyer par télécopieur au :
(613) 992-3782

ou par la poste à :
Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada
81, rue Metcalfe, bureau 800
Ottawa (Ontario)
Canada K1P 6K7

Pour plus d'informations :
Appeler sans frais 1-800-793-6161
www.commissionsoinsdesante.ca

Merci

Questions du Sondage

Pour chacune des questions suivantes, veuillez indiquer votre opinion en cochant la case appropriée.

AUGMENTER LE NOMBRE DE MÉDECINS ET D'INFIRMIÈRES

	Tout à fait en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Tout à fait en accord
1. Les soins de santé s'amélioreraient au Canada si le gouvernement investissait pour augmenter le nombre de médecins et d'infirmières travaillant au Canada.	❑	❑	❑	❑	❑
2. Les gouvernements devraient augmenter les dépenses en santé pour augmenter le nombre de médecins et d'infirmières travaillant au Canada.	❑	❑	❑	❑	❑
3. Il est plus important de mieux utiliser les professionnels de la santé déjà existants que d'augmenter le nombre de nouveaux professionnels de la santé au Canada.	❑	❑	❑	❑	❑
4. Améliorer les conditions de travail pour les professionnels de la santé est la meilleure façon de les garder au Canada.	❑	❑	❑	❑	❑

CHANGER LES DESCRIPTIONS D'EMPLOIS

	Tout à fait en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Tout à fait en accord
1. Les soins de santé s'amélioreraient au Canada si les gouvernements et les employeurs du secteur de la santé changeaient les lois, les règlements et les contrats d'emploi pour mieux assortir les emplois des praticiens à leur formation.	❑	❑	❑	❑	❑
2. On devrait permettre aux professionnels de la santé d'offrir tous les soins que leur formation leur permet d'offrir.	❑	❑	❑	❑	❑
3. Je serais satisfait(e) de recevoir des soins prodigués par une infirmière plutôt que par un médecin, si cette infirmière était dûment formée pour s'occuper de mes soins.	❑	❑	❑	❑	❑
4. J'aimerais que mon médecin de famille fasse partie d'un cabinet de groupe qui offrirait un meilleur accès aux services en dehors des heures régulières et où une gamme de professionnels de la santé pourraient s'occuper de moi.	❑	❑	❑	❑	❑

DISTRIBUTION DES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ

	Tout à fait en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Tout à fait en accord
1. Les soins de santé s'amélioreraient au Canada si le gouvernement utilisait des incitatifs financiers pour mieux distribuer les praticiens de la santé entre les provinces.	❑	❑	❑	❑	❑
2. Les gouvernements devraient augmenter les dépenses en santé pour offrir des incitatifs financiers pour mieux distribuer les praticiens de la santé entre les provinces et à l'intérieur de chaque province.	❑	❑	❑	❑	❑
3. Le Canada devrait établir des échelles de salaire nationales pour les professionnels de la santé, afin de réduire la concurrence entre les provinces pour attirer les professionnels de la santé.	❑	❑	❑	❑	❑
4. Le Canada devrait se concentrer sur l'amélioration de certains des facteurs qui rendent le travail dans les régions rurales et les régions éloignées moins attirant pour les praticiens de la santé.	❑	❑	❑	❑	❑

INFORMATION REQUISE POUR L'ANALYSE

Veuillez nous fournir l'information suivante requise pour l'analyse. Merci.

Sexe : ❑ homme ❑ femme

Âge : ❑ 18 ans et moins ❑ 19 à 29 ans ❑ 30 à 49 ans ❑ 50 à 65 ans ❑ plus de 65 ans

Votre province ou territoire de résidence : _____

Suite ...

Revenu annuel total du ménage, avant déductions : (question optionnelle)

Choisissez :

❑ < 20 000 $

❑ 20 000 $ – 39 999 $

❑ 40 000 $ – 59 999 $

❑ 60 000 $ – 79 999 $

❑ 80 000 $ – 99 999 $

❑ 100 000 $ ou plus

Niveau de scolarité atteint : (question optionnelle)

Choisissez :

❑ Élémentaire

❑ Études secondaires

❑ Collège communautaire/technique ou CEGEP

❑ Grade supérieur

❑ Certificat professionnel

❑ Baccalauréat

Êtes-vous un professionnel de la santé? (question optionnelle)

❑ Oui ❑ Non

Au cours de la dernière année, combien de fois environ avez-vous recouru personnellement au système de soins de santé (par exemple, consultation d'un généraliste ou d'un spécialiste, période d'hospitalisation ou soins en salle d'urgence) : (question optionnelle)

Choisissez :

❑ de 0 à 3 fois

❑ de 4 à 6 fois

❑ de 7 à 9 fois

❑ 10 fois ou plus

Commission sur l'avenir
des soins de santé au Canada
81, rue Metcalfe, bureau 800
Ottawa (Ontario)
Canada K1P 6K7
Sans frais 1-800-793-6161
www.commissionsoinsdesante.ca